

CULTURAS
Suplemento de **Página/12**

La violencia mirada desde el campo de la salud pública es el núcleo central de este suplemento, desarrollado a partir de una entrevista con Saúl Franco Agudelo, un médico colombiano de cuarenta y cuatro años, que ahora vive en Río de Janeiro y maneja el Centro Latinoamericano de Violencia y Salud. En el diálogo entablado se dan cifras aterradoras. Una muestra que en muchas zonas de Latinoamérica, de cada dos muertes una proviene de un hecho violento. En busca de una **epidemiología** de esta enfermedad, Agudelo sostiene que la misma tiende a crecer, a expandirse. Así lo demuestran otras investigaciones de **Página/12**: en la sala de guardia de un hospital de La Matanza, en el recuerdo de un chiquito atropellado por un auto, en charlas con maestros y en entrevistas a investigadores del CONICET.

VIOLENCIA

LA ONDA EXPANSIVA



Jorge Saenz



Miguel Martelotti

UNA EPIDE
DEMASIAD

Por

Saúl Franco Agudelo nació hace 44 años en Colombia y ahí se recibió de médico, se especializó en México en medicina social y dirigió, en la Universidad de Antioquia, en Medelín, el Centro de Investigaciones Médicas. Ahora vive en Río de Janeiro y hace funcionar el Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud, dependiente de la Fundación Osvaldo Cruz. Deja para el final el último de sus datos: es présidente de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Hace poco estuvo en Buenos Aires dictando un curso sobre "Epidemiología de la Violencia". Durante su estadía casi no salió del hotel: preparó clases y anotó las citas que le pedían sus amigos. La edad sólo se le evidencia en el pelo canoso. Por lo demás, unos ojos azules muy vivaces, un entusiasmo envidiable para hablar de los temas que lo preocupan, esos estudios de filosofía que hizo en algún momento de su vida son lo predominante. La experiencia con dos mulas compradas para un trabajo sobre paludismo y malaria, que luego la Universidad no supo cómo clasificar en sus inventarios, lo lleva a pensar que la especificidad de América latina, "eso que la hace una realidad de García Márquez", es la precondición a aceptar para cualquier intento. Está persuadido de que no puede investigar como un americano o un inglés y entonces hay que transformar a la necesidad en virtud. Tal y como seguramente hizo con la violencia que —se adivina— lo rozó en alguna época y le hizo dejar su ciudad, su gente y sus trabajos por los que, está convencido, nunca le darán el Nobel.

—Es una curiosa especialidad la suya...

—En verdad la opción por el problema de la violencia, si es que puede hablarse de opción, en mi caso, responde a una cuestión vital y a una cuestión teórica. Teórica, porque estudiando el problema de salud, yo y otra gente nos hemos dado cuenta de que la violencia está creciendo en tal medida, llegará a un nivel que tendrá un impacto dominante en la manera de morir y enfermar de la gente en América latina. Esto lo fui acompañando con la observación de cómo iban variando algunos indicadores: así es que en mi país, hace diez años, los homicidos eran la octava causa de muerte y hoy son la primera o segunda causa de mortalidad. En mi ciudad, en Medellín, los homicidios han aumentado a un ritmo absolutamente escandaloso y en este momento son la principal causa de muerte en los hombres. De cada dos hombres que mueren, uno muere por homicidio. Y con unas tasas increíblemente locas: por ejemplo, en 1985 la tasa de homicidios, en Medellín, era del 11,9 por cada diez mil. El año pasado, es decir en tres años, se duplicó y es de 23. En otras palabras: de cada mil 2,3 son asesinados por año. Una proporción muy alta. Pero no sólo es la vaina de que los productos finales de violencia se incrementen así y cambien la condición del morir; también en la condición de enfermar de la gente se produce una transformación, en la limitación de la posibilidad de la vida, entendiendo la salud como el ejercicio positivo de la vida, de los requisitos que la hacen posible y amable. Eso se está deteriorando en parte también por la violencia. En mi campo, en la salud pública, hay que tener el valor permanente de mirar estos nuevos problemas. No nos podemos quedar contando enfermedades infecciosas. No porque no existan, porque parte de los problemas de nuestra América latina es que mantenemos todo el saldo rojo acumulado, no resuelto, de los problemas que la humanidad está en condiciones de superar: lepra, paludismo, tuberculosis. Pero existe, al mismo tiempo, una carga enorme, de proporciones gigantescas, de cuestiones como la violencia. Yo creo que la salud pública tiene que tener una capacidad reflexiva y no podemos quedarnos tranquilos dentro del laboratorio contemplando solamente el mismo y viejo problema.

—Es como sacar la violencia de su lugar habitual que es la crónica policial...

—No es intelectualizar la violencia, no es sacarla de su realidad, es entenderla como proceso. No es sólo el acto terminal de la violencia, el herido, la mujer violada, el asaltado, el asesinado, el atropellado por un coche. Es la violencia como un proceso que tiene un conjunto de causas que la hacen posible y una serie de manifestaciones y de defectos, no sólo en la persona que la sufre directamente sino en los que están cerquita, que tiene una raíz histórico-social muy marcada. Es pensarla en su conjunto problemático y, en nuestro caso, por el impacto que produce en la salud, en la salud como condición de vivir y partiendo de la hipótesis de que la máxima negación de la condición de vivir sea la muerte.

—Usted habló de otra gente que se aboca a la misma problemática. ¿A qué obedece esta simultaneidad?

—Yo creo que se debe a dos razones: una es la intensificación objetiva del problema en distintas partes. Porque está en Guatemala, donde tiene una modalidad específica, está en Perú, donde se presenta con otras, está en Brasil, está en Argentina. Y si uno tiene un mínimo de sensibilidad y las antenas abiertas percibe que esto aumenta notablemente. En América latina se ha creado una cierta conciencia de que hay que mirar estas cuestiones, vigilar, acompañar desde el campo de la salud, pero que quede claro: no nos plantamos como salvadores de la violencia. Queremos crear una cierta conciencia social, porque si esto es un problema social, es la sociedad misma la que tiene que reaccionar y buscar diques de contención y canales de resolución positiva.

—¿Cómo se plantearon la investigación a partir de esos reconocimientos?

—Lo que hicimos fue establecer en qué n[...] veles queríamos ver el problema y fijamo[...] dos líneas de trabajo: una que podríamos lla[...] mar de comprensión teórica, en el sentido d[...] entender que hay una relación esencial entr[...] salud y violencia, violencia en el sentido an[...] terior, de negación de la vida. La segund[...] fue observar cómo en América latina está[...] cambiando las formas de enfermar y de m[...] rir, en buena parte a causa del problema de l[...] violencia. Acompañamos en series histórica[...] las causas de muerte y advertimos que l[...] muerte violenta, la que en los servicios hos[...] pitalarios llaman muerte por "causas exte[...] nas" va pasando de los niveles inferiores [...]

LOS GUERREROS DEL FIN DE SEMANA

Allí todos los jóvenes de entre 18 y 35 años se reúnen diariamente para beber. En los fines de semana, los desbordes tienen su clímax. Durante esos encuentros de alcohol y fraternidad se sientan sobre la tierra, se divierten, cantan, intercambian cuentos y planifican aventuras con mujeres. Después vendrán la agresividad y la violencia. Cuando se emborrachan fanfarronean, insultan, derriban puertas, corren a las mujeres, intimidan por igual a amigos y enemigos. Pelean entre ellos. Pero la violencia mayor se descarga contra grupos de otras zonas. Se vengan así de que sus opiniones no sean tenidas en cuenta para nada importante pero esto, para los adultos no expresa una conducta desviada; no es ni más ni menos que lo que se espera de ellos.

Esa quizá sea la única diferencia entre lo que suelen hacer los jóvenes en un barrio de cualquier ciudad europea o latinoamericana y los hábitos de los jóvenes de Truk, una isla de las Carolinas orientales de Micronesia. El antropólogo Marvin Harris afirma que lo que el estudio de Mc Marshall sobre los jóvenes de Truk no explica es qué hay en esa cultura capaz de desarrollar instituciones tan generadoras de violencia.

Esa respuesta es parte de lo que busca Daniel Fränkel, sociólogo, 39 años, investigador del CONICET. El trabajo lo realiza con jóvenes de entre 12 y 20 años de barrios periféricos del Gran Buenos Aires. "La relación adulto-joven —observa Fränkel— se puede definir como de control y marginalidad. Lo que no entra dentro del esquema de vida de los adultos queda automáticamente marginado. La del joven es una identidad signada por la exclusión. Los adultos tienen el saber y el poder. Es una relación tutelar a pesar de que a los jóvenes se les fomenta la independencia. En las instituciones no hay espacio para los jóvenes y en los barrios tampoco.

—¿Y la consecuencia?

—La consecuencia es la pandilla, la patota, las conductas de riesgo: alcoholismo, delincuencia, drogadicción. El adulto se opone a las agrupaciones de riesgo porque chocan, en principio, con la tradición cultural que el adulto trae de su lugar de origen. En las zonas en las que yo trabajo la gente viene del interior, del litoral, sobre todo. Entonces les niegan un espacio, los controlan, los denigran. La escuela tampoco es un organizador social porque no les resuelve ni tiene nada que ver con sus problemas cotidianos. Hay hasta un 90 por ciento de deserción escolar. La salida de la escuela es irreversible: el que la deja no vuelve a ella nunca más. Les queda el trabajo, que es valorizado más que nada porque les permite salir del estrecho mundo del barrio.

—¿Cuándo aparecen las expresiones de violencia?

—Todo esto es pasto para conductas de riesgo. En los barrios, como tales, la violencia es de reyertas, de patotas, un barrio contra la gente de otro. Pero es difícil notarla porque el barrio es un mundo privado, aunque es indudable que hay un aumento. Antes, este período —de 12 a 20 años— era una etapa de la vida por la que nadie se preocupaba. Los índices de mortalidad crecían en niños y ancianos. Ahora el aumento se registra en los jóvenes y no por enfermedad sino por causas psicosociales: accidentes, delincuencia, adicciones.

CRECER AQUI

Héctor Jesús Jaime fue atropellado [...] domingo 14 a las 9 de la noche e[...] Laferrère, provincia de Buenos A[...] res. La parte izquierda de la cara es[...] tá cruzada por suturas: el pómulo, el párpa[...] do. Un parche le tapa el oído y parte de l[...] sien. Debajo del apósito está el tajo má[...] grande. Tiene 16 años pero parece de doce[...] trece; es moreno y de hermosas faccione[...] No va al colegio ni trabaja con regularidad[...] "Hace changuitas", dice la madre, que l[...] acompaña mientras esperan la curación y [...] control de las heridas. "Yo estaba con m[...] patrona —sigue la mujer— y vinieron a av[...] sarme lo que le había pasado. El se había id[...] al centro con la caravana de Menem."

—La sacaste barata, al fin de cuentas.

—Y... sí. Más o menos.

—¿Dónde te atropellaron?

—Ya le dije. Andábamos por Laferrère.

—Pero ibas por el medio de la calle...

—No. Estábamos cruzando. Yo y otro[...] tres amigos.

—¿No lo viste?

—No me di cuenta de nada. Pero los otro[...] me dijeron que traía un cartel de Angeloz[...] que cuando vio el de Menem que nosotros t[...] níamos nos encaró. Ellos se corrieron y pu[...] dieron esquivarlo.

—¿Tampoco paró?

—No, siguió, nomás.

—¿Qué coche era?

—Dicen que un seiscientos, pero yo no l[...] vi.

—¿Dónde vivís?

—Por la avenida Crovara. En "E[...] Tambo".

—Perdón, ¿dónde dijiste? No te escuch[...]

—En El Tambo. El Tambo. ¿No conoce[...]



Jorge Sáenz



Miguel Martelotti



Jorge Sáenz

UNA EPIDEMIA DEMASIADO HUMANA

Por Susana Viau

Saúl Franco Agudelo nació hace 44 años en Colombia y ahí se recibió de médico, se especializó en México en medicina social y dirigió, en la Universidad de Antioquia, en Medelín, el Centro de Investigaciones Médicas. Ahora vive en Río de Janeiro y hace funcionar el Centro Latinoamericano de Estudios de Violencia y Salud, dependiente de la Fundación Osvaldo Cruz. Deja para el final el último de sus datos: es presidente de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Hace poco estuvo en Buenos Aires dictando un curso sobre "Epidemiología de la Violencia". Durante su estadía casi no salió del hotel: preparó clases y anotó las citas que le pedían sus amigos. La edad sólo se le evidencia en el pelo canoso. Por lo demás, unos ojos azules muy vivaces, un entusiasmo envidiable para hablar de los temas que lo preocupan, esos estudios de filosofía que hizo en algún momento de su vida son lo predominante. La experiencia con dos mulas compradas para un trabajo sobre paludismo y malaria, que luego la Universidad no supo cómo clasificar en sus inventarios, lo lleva a pensar que la especificidad de América latina, "eso que la hace una realidad de García Márquez", es la precondición a aceptar para cualquier intento. Está persuadido de que no puede investigar como un americano o un inglés y entonces hay que transformar a la necesidad en virtud. Tal y como seguramente hizo con la violencia que —se adivina— lo rozó en alguna época y le hizo dejar su ciudad, su gente y sus trabajos por los que, está convencido, nunca le darán el Nobel.

—*Es una curiosa especialidad la suya...*

—En verdad la opción por el problema de la violencia, si es que puede hablarse de opción, en mi caso, responde a una cuestión vital y a una cuestión teórica. Teórica, porque estudiando el problema de salud, yo y otra gente nos hemos dado cuenta de que la violencia está creciendo en tal medida, llegará a un nivel que tendrá un impacto dominante en la manera de morir y enfermar de la gente en América latina. Esto lo fui acompañando con la observación de cómo iban variando algunos indicadores: así es que en mi país, hace diez años, los homicidos eran la octava causa de muerte y hoy son la primera o segunda causa de mortalidad. En mi ciudad, en Medellín, los homicidios han aumentado a un ritmo absolutamente escandaloso y en este momento son la principal causa de muerte en los hombres. De cada dos hombres que mueren, uno muere por homicidio. Y con unas tasas increíblemente locas: por ejemplo, en 1985 la tasa de homicidios, en Medellín, era del 11,9 por cada diez mil. El año pasado, es decir en tres años, se duplicó y es de 23. En otras palabras: de cada mil 2,3 son asesinados por año. Una proporción muy alta. Pero no sólo es la vaina de que los productos finales de violencia se incrementen así y cambien la condición del morir; también en la condición de enfermar de la gente se produce una transformación, en la limitación de la posibilidad de la vida, entendiendo la salud como el ejercicio positivo de la vida, de los requisitos que la hacen posible y amable. Eso se está deteriorando en parte también por la violencia. En mi campo, en la salud pública, hay que tener el valor permanente de mirar estos nuevos problemas. No nos podemos quedar contando enfermedades infecciosas. No porque no existan, porque parte de los problemas de nuestra América latina es que mantenemos todo el saldo rojo acumulado, no resuelto, de los problemas que la humanidad está en condiciones de superar: lepra, paludismo, tuberculosis. Pero existe, al mismo tiempo, una carga enorme, de proporciones gigantescas, de cuestiones como la violencia. Yo creo que la salud pública tiene que tener una capacidad reflexiva y no podemos quedarnos tranquilos dentro del laboratorio contemplando solamente el mismo y viejo problema.

—*Es como sacar la violencia de su lugar habitual que es la crónica policial...*

—No es intelectualizar la violencia, no es sacarla de su realidad, es entenderla como proceso. No es sólo el acto terminal de la violencia, el herido, la mujer violada, el asaltado, el asesinado, el atropellado por un coche. Es la violencia como un proceso que tiene un conjunto de causas que la hacen posible y una serie de manifestaciones y de defectos, no sólo en la persona que la sufre directamente sino en los que están cerquita, que tiene una raíz histórico-social muy marcada. Es pensarla en su conjunto problemático y, en nuestro caso, por el impacto que produce en la salud, en la salud como condición de vivir y partiendo de la hipótesis de que la máxima negación de la condición de vivir sea la muerte.

—*Usted habló de otra gente que se aboca a la misma problemática. ¿A qué obedece esta simultaneidad?*

—Yo creo que se debe a dos razones: una es la intensificación objetiva del problema en distintas partes. Porque está en Guatemala, donde tiene una modalidad específica, está en Perú, donde se presenta con otras, está en Brasil, está en Argentina. Y si uno tiene un mínimo de sensibilidad y las antenas abiertas percibe que esto aumenta notablemente. En América latina se ha creado una cierta conciencia de que hay que mirar estas cuestiones, vigilar, acompañar desde el campo de la salud, pero que quede claro: no nos plantamos como salvadores de la violencia. Queremos crear una cierta conciencia social, porque si esto es un problema social, es la sociedad misma la que tiene que reaccionar y buscar diques de contención y canales de resolución positiva.

—*¿Cómo se plantearon la investigación a partir de esos reconocimientos?*

—Lo que hicimos fue establecer en qué niveles queríamos ver el problema y fijamos dos líneas de trabajo: una que podríamos llamar de comprensión teórica, en el sentido de entender que hay una relación esencial entre salud y violencia, violencia en el sentido anterior, de negación de la vida. La segunda fue observar cómo en América latina están cambiando las formas de enfermar y de morir, en buena parte a causa del problema de la violencia. Acompañamos en series históricas las causas de muerte y advertimos que la muerte violenta, la que en los servicios hospitalarios llaman muerte por "causas externas" va pasando de los niveles inferiores a los superiores. En el '70 las "causas externas" (homicidios, atropellamientos) en Brasil, por ejemplo, eran la tercera causa de muerte; ahora son la segunda y en ciertos grupos, en hombres jóvenes, ya son la primera en varios países. Aquí, en Argentina, en estudios basados en datos oficiales se ve que en el grupo de 1 a 34 años está ocupando también entre el segundo y tercer lugar. Se constata así el desplazamiento; y luego habrá que desagregar, verificando en qué grupos se concentra. Por ejemplo: los homicidios son entre diez y quince veces más frecuentes en hombres que en mujeres. El suicidio, en cambio, tiene un perfil distinto; los hombres son los más afectados pero no en esa proporción tan elevada de diez o quience a uno sino de dos o tres a uno. A partir de estas comprobaciones podemos establecer algunas hipótesis explicativas de causales de ese problema. Hay algunas de esas hipótesis que se han barajado de manera muy primitiva, como es sostener "violencia igual pobreza". Es cierta, pero insuficiente porque hay países muy miserables con índices de violencia bajos. Descontando, claro está, la violencia misma que ya está establecida, porque la pobreza es una negación de una cantidad de derechos y ya dijimos que la violencia es una acción que niega un derecho a la condición de la vida.

—*¿Cuáles serían las consecuencias inmediatas de una estampida de violencia?*

—Bueno, por ejemplo, los servicios de salud están sufriendo una sobrecarga impresionante en todo sentido. El servicio de urgencia que fue inicialmente concebido para atender infartos, neumonías o diarreas, hoy —y en Argentina por lo visto está ocurriendo lo mismo— están dedicados en un sesenta o setenta por ciento a la atención de heridos, atracados, mujeres violadas, niños golpeados. De lo que llamaremos, en fin, "productos finales de violencia". Esto implica que el presupuesto de estos servicios queda absorbido, prácticamente, por la atención de estos problemas cuando los recursos podrían estar destinados a otras cosas. Y hay más: la distribución espacial de estos servicios no se corresponde, en general, con el mapa de violencia. Fueron concebidos a través de facultades o de grandes centros que no están en el epicentro de la violencia. Así se produce el desfase entre la geografía del servicio y el acontecimiento. Es sabido que en este plano el desplazamiento es crítico y a uno le va la vida. Las posibilidades de sobrevivir a partir de esa inadecuación se reducen de manera brutal. Un puestito de salud con un médico y un estetoscopio ¿qué puede hacer frente a una herida de bala? Y queda todo el campo de la rehabilitación que le está costando a los servicios de salud una parte significativa de sus presupuestos. Porque en esto la rehabilitación ocupa un lugar nada desdeñable: se debe rehabilitar la consecuencia física de la violencia y la consecuencia psíquica de la violencia. Hoy en día la actividad de los psiquiatras está dedicada en gran medida a tratar de reconstruir la estructura psíquica, individual o colectiva, de los que están directamente implicados en la violencia. Hay también problemas de adecuación porque educamos médicos para atender problemas de alta complejidad tecnológica y no para enfrentar este tipo de cuestiones. Y digo educamos en el sentido de tener una reflexión racional sobre el tema. Entonces, da como resultado un médico abrumado, desarmado, desconcertado ante una avalancha de violencia para la que no estaba preparado.

—*¿Dónde se ubica en esto la medicina legal?*

—La violencia es una cierta ruptura de un orden de derechos pautados, sea por imposición de una clase sobre otra, sea por imposición estatal, sea por convenio. La medicina legal está como en ese "borderline", esa frontera entre el saber de la salud y el saber legal y hoy se encuentra marginalizadísima. Se dedica a hacer autopsias y cuantificar daños pero no tiene ningún discurso para entender este perfil de violencia porque hasta ahora no nos hemos preocupado por integrarla.

—*En su curso hizo mención de los servicios de salud como "agentes de violencia".*

—Sí. Ellos mismos son agentes de violencia, es decir, los hombres del sector salud somos víctimas de la violencia pero también con frecuencia somos agente de ella, individual o institucionalmente. ¿Por qué? Hay una cantidad de actos policiales en que los médicos son obligados a participar, hacer autopsias en determinadas condiciones o testimoniar en determinada dirección. No es infelizmente raro el caso de médicos que han participado en actos de tortura para determinar cuál es la dosis máxima tolerable de corriente eléctrica o la capacidad máxima de resistir sin asfixiarse. Aquí, me parece, en Argentina, por lo que he leído, individuos del sector salud por caoacción o por convicción y afinidad ideológica se han puesto en ocasiones al servicio de acciones violentas. Pero no es sólo eso. El sector salud tiene a veces una actuación supremamente violenta contra el cuerpo de una mujer que es sometida a un examen agresivo de su intimidad sin una explicación razonable, sobre la persona que es hospitalizada sin que logre entender bien por qué, los pacientes mentales todavía son sometidos a electrochoques, por no poner el ejemplo extremo de nuestras tres enfermeras austríacas que en un período corto asesinan cuarenta o cincuenta ancianos. En ocasiones la sola exclusión del servicio de salud es ya una violencia en sí misma. Luego están las discriminaciones en las que los hombres del sector caemos, contra la ciencia. Hay enfermedades que hoy se sabe se pueden tratar con toda tranquilidad, como la lepra, pero un leproso sigue siendo brutalmente discriminado. Y sigue habiendo lepra porque la lepra no se erradicó. En Brasil los casos de lepra rondan los cuatrocientos mil. Este capítulo del sector salud se completa con la violencia ejercida contra el mismo. Y tiene el referente de mi país, donde hubo una selección directa de salubristas asesinados. En la Universidad de Antioquia, en menos de un año, fueron asesinados cinco profesores de salud pública.

—*¿Este enfoque de la violencia no supone el riesgo de excluir otros aspectos?*

—No es mi intención demostrar que todo hay que enfocarlo desde el prisma de la violencia. En América latina se soporta el peso de las viejas patologías (lepra, lechmaniasis) y el de las nuevas. Brasil es el tercer país en el mundo en portadores de SIDA... Nuestro papel no es "medicalizar" la violencia sino entenderla como problema social en el que el sector salud está comprometido.

—*¿Qué se entiende por "medicalizar" la violencia?*

—Mire, esto de "medicalizar" ha pasado con muchas realidades sociales que cuando llegan a manos de los médicos son reducidas, quedan reducidas a ese aspecto. Pongamos por caso la desnutrición. Es cierto que la desnutrición tierne una expresión individual (el desnutrido tiene un peso tal, una sintomatología cual) pero es una cuestión que trasciende el espacio de lo médico. Y si no se entiende que no es que "le quito la diarrea y lo mando para la casa a que se siga muriendo de hambre y vuelva pasado mañana", se está reduciendo el problema a una perspectiva bio-natural. Se "medicaliza" porque no se trata la desnutrición sino el niño desnutrido. Se reduce el conflicto a un momento bio-natural y a un momento individual. "Medicalizar" es abordar el problema como si éste tuviera una racionalidad que se agotara en lo médico y pudiera ser resuelto desde esa racionalidad. Eso es lo que no queremos y por eso no hablamos de la violencia como una enfermedad y, si lo fuera, sería una enfermedad social. Así la violencia tenga expresión individual: hay heridos y hay que atender a los heridos. Por eso decimos que hay que formar gente con capacidad de resolver, que hay momentos y partes del proceso en que podemos y debemos intervenir pero sin perder la perspectiva.

—*¿Por qué se puede hablar de una "epidemiología de la violencia"?*

—La epidemiología lo que hace es tratar de entender la manera en la que la realidad de la salud se expresa en la sociedad, tratar de establecer alguna hipótesis y alguna capacidad explicativa de por qué esto es posible y, en consecuencia, predecir. Planteado así podemos hablar sensatamente de una "epidemiología de la violencia" y hay que hacerlo pero no se agota en ese perfil de alteraciones orgánicas. La violencia está trascendida por una realidad jurídica, legal y hasta policial, en el caso de la violencia delictiva. No podemos quedarnos en la violencia roja —y no es que lo cromático sea importante pero sirve para distinguir—, donde hay sangre, heridas y balas. Hay una violencia "gris" que es una violencia insidiosa contra la mujer en su discriminación en el trabajo y en la vida cotidiana, hay violencia en el tránsito de las grandes ciudades que hace que uno se sienta permanentemente amenazado, hay violencia en la exclusión que se padece de una cantidad de servicios. Hay formas de violencia que hay que ir tipificando, ubicando, mapeando, distribuyendo especialmente porque lo que no se estudia así es muy difícil de entender, y modificar algo que no terminamos de entender es apostar a la casualidad.

—*¿Puede decirse que la violencia sea "hija" de la crisis?*

—No. Lo que sí puede decirse es que hay unos deltas de violencia en función de las consecuencias directas e indirectas de la crisis. Por ejemplo, la crisis ha significado una disminución importante del poder adquisitivo y eso va desde la condición de la vivienda, de la condición alimentaria, el transporte, el vestido. Estos son climas sumamente propicios para el intento de ruptura del orden de relaciones establecido. La crisis eleva los riesgos de violencia, pero la tesis no puede ser "crisis igual violencia" porque la violencia estaba instalada antes. Sí hay que registrar que en los períodos de crisis hay incrementos sensibles de estos indicadores de violencia.

—*¿Cómo incide el narcotráfico en el mapa de la violencia?*

—El problema del narcotráfico es un fenómeno que produce una mediación diferente. En el caso de Perú, Bolivia, Colombia, el cultivo y el tráfico de estupefacientes está produciendo un incremento de tasas de violencia más que significativo. El narcotráfico entró en estas sociedades con un discurso absolutamente distinto sobre los valores. El valor absoluto —en ese mundo— es la nueva acumulación casi salvaje de capital y al servicio de él todo lo demás vale nada, incluso la vida. Uno de los protagonistas hegemónicos de la vida en Colombia es hoy lo que llaman "el sicario", el asesino a sueldo. Y hay escuelas de sicarios en las que el individuo se profesionaliza para matar. En mi país las escuelas de sicarios generan realidades sociales que se traducen necesariamente en indicadores. Es decir, sicariato y duplicación de tasas de mortalidad, sobre todo en hombres jóvenes, no son dos cosas independientes.

LOS GUERREROS DEL FIN DE SEMANA

Allí todos los jóvenes de entre 18 y 35 años se reúnen diariamente para beber. En los fines de semana, los desbordes tienen su clímax. Durante esos encuentros de alcohol y fraternidad se sientan sobre la tierra, se divierten, cantan, intercambian cuentos y planifican aventuras con mujeres. Después vendrán la agresividad y la violencia. Cuando se emborrachan fanfarronean, insultan, derriban puertas, corren a las mujeres, intimidan por igual a amigos y enemigos. Pelean entre ellos. Pero la violencia mayor se descarga contra grupos de otras zonas. Se vengan así de que sus opiniones no sean tenidas en cuenta para nada importante pero esto, para los adultos no expresa una conducta desviada; no es ni más ni menos que lo que se espera de ellos.

Esa quizá sea la única diferencia entre lo que suelen hacer los jóvenes en un barrio de cualquier ciudad europea o latinoamericana y los hábitos de los jóvenes de Truk, una isla de las Carolinas orientales de Micronesia. El antropólogo Marvin Harris afirma que lo que el estudio de Mc Marshall sobre los jóvenes de Truk no explica es qué hay en esa cultura capaz de desarrollar instituciones tan generadoras de violencia.

Esa respuesta es parte de lo que busca Daniel Fränkel, sociólogo, 39 años, investigador del CONICET. El trabajo lo realiza con jóvenes de entre 12 y 20 años de barrios periféricos del Gran Buenos Aires. "La relación adulto-joven —observa Fränkel— se puede definir como de control y marginalidad. Lo que no entra dentro del esquema de vida de los adultos queda automáticamente marginado. La del joven es una identidad signada por la exclusión. Los adultos tienen el saber y el poder. Es una relación tutelar a pesar de que a los jóvenes se les fomenta la independencia. En las instituciones no hay espacio para los jóvenes y en los barrios tampoco.

—*¿Y la consecuencia?*

—La consecuencia es la pandilla, la patota, las conductas de riesgo: alcoholismo, delincuencia, drogadicción. El adulto se opone a las agrupaciones de riesgo porque chocan, en principio, con la tradición cultural que el adulto trae de su lugar de origen. En las zonas en las que yo trabajo la gente viene del interior, del litoral, sobre todo. Entonces les niegan un espacio, los controlan, los denigran. La escuela tampoco es un organizador social porque no les resuelve ni tiene nada que ver con sus problemas cotidianos. Hay hasta un 90 por ciento de deserción escolar. La salida de la escuela es irreversible. el que la deja no vuelve a ella nunca más. Les queda el trabajo, que es valorizado más que nada porque les permite salir del estrecho mundo del barrio.

—*¿Cuándo aparecen las expresiones de violencia?*

—Todo esto es pasto para conductas de riesgo. En los barrios, como tales, la violencia es de reyertas, de patotas, un barrio contra la gente de otro. Pero es difícil notarla porque el barrio es un mundo privado, aunque es indudable que hay un aumento. Antes, este período —de 12 a 20 años— era una etapa de la vida por la que nadie se preocupaba. Los índices de mortalidad crecían en niños y ancianos. Ahora el aumento se registra en los jóvenes y no por enfermedad sino por causas psicosociales: accidentes, delincuencia, adicciones.

CRECER AQUI

Héctor Jesús Jaime fue atropellado el domingo 14 a las 9 de la noche en Laferrère, provincia de Buenos Aires. La parte izquierda de la cara está cruzada por suturas: el pómulo, el párpado. Un parche le tapa el oído y parte de la sien. Debajo del apósito está el tajo más grande. Tiene 16 años pero parece de doce o trece; es moreno y de hermosas facciones. No va al colegio ni trabaja con regularidad. "Hace changuitas", dice la madre, que lo acompaña mientras esperan la curación y el control de las heridas. "Yo estaba con mi patrona —sigue la mujer— y vinieron a avisarme lo que le había pasado. El se había ido al centro con la caravana de Menem."

—*La sacaste barata, al fin de cuentas.*

—Y... sí. Más o menos.

—*¿Dónde te atropellaron?*

—Ya le dije. Andábamos por Laferrère.

—*Pero ibas por el medio de la calle...*

—No. Estábamos cruzando. Yo y otros tres amigos.

—*¿No lo viste?*

—No me di cuenta de nada. Pero los otros me dijeron que traía un cartel de Angeloz y que cuando vio el de Menem que nosotros teníamos nos encaró. Ellos se corrieron y pudieron esquivarlo.

—*¿Tampoco paró?*

—No, siguió, nomás.

—*¿Qué coche era?*

—Dicen que un seiscientos, pero yo no lo vi.

—*¿Dónde vivís?*

—Por la avenida Crovara. En "El Tambo".

—*Perdón, ¿dónde dijiste? No te escuché.*

—En El Tambo. El Tambo. ¿No conoce?

EL SALARIO DEL MIEDO

Las estadísticas cantan: las alteraciones psiquiátricas ocupan el primer puesto en la lista de enfermedades laborales padecidas por los choferes del transporte automotor. Hay razones objetivas para explicarlo: exceso de trabajo, aumento de la intensidad del tránsito, temor a los asaltos, frecuencia de accidentes. Con el agravante, en este último caso, de que si lo temido ocurre, el chofer tiene la obligación de mantenerse en su puesto de trabajo, bajo una presión insoportable. Un hecho habitual que, esta vez, le tocó a Jorge Hugo Medina, chofer de la línea 620 que todavía no se explica "qué pasó. Estaba llegando a la parada y abrí la puerta. No había frenado y el nene se tiró. No esperó a que parara. ¿Se da cuenta cómo me siento?".

—*Es un trabajo que rompe los nervios.*

—Mire: me asaltaron dos veces. Una, un sábado a las 9 de noche. Iba de Ramos Mejía a Pontevedra. Subieron dos chicos jóvenes y me dijeron que me quedara tranquilo. Lo único que robaron fue la recaudación. Después de eso la empresa me exigió que la devolviera. El último asalto fue de madrugada. Cuatro o cinco con escopetas recortadas. Había poca plata en ese momento y para dejarlos tranquilos les quise dar la mía, pero me dijeron: "El tuyo no lo queremos. Queremos el de la empresa".

—*Con todo no le fue tan mal.*

—No, si no me quejo. Pero a un compañero mío lo hicieron de goma. Le dieron una paliza bárbara por el gusto de pegarle. Desde hace un año y medio esto es un desastre. Mis hermanos son choferes también; a uno lo asaltaron a las 10 de la mañana y al otro a las 11 de la noche.

—*¿Los pasajeros son agresivos también?*

—La gente discute mucho, por cualquier cosa. La plata del boleto no se la entregan, se la meten en la mano o se la tiran. Pero no es tanto como uno se podría imaginar. Se han acostumbrado a viajar como viajan, todos apretados que no pueden ni respirar. Si uno tuviera que trabajar como marca el reglamento habría que poner 500 coches más.

—*¿Iba muy lleno en el momento del accidente?*

—No, casi vacío, unas diez personas. Y ahora va a seguir vacío porque lo van a entregar y después paso por el colegio a ver si puedo encontrar a la familia del chico. Me van a tirar la bronca en la empresa, me van a apretar para que siga trabajando, pero así como estoy no puedo manejar.


Jorge Sáenz

MIA
O HUMANA

ana Viau

los superiores. En el '70 las "causas externas" (homicidios, atropellamientos) en Brasil, por ejemplo, eran la tercera causa de muerte; ahora son la segunda y en ciertos grupos, en hombres jóvenes, ya son la primera en varios países. Aquí, en Argentina, en estudios basados en datos oficiales se ve que en el grupo de 1 a 34 años está ocupando también entre el segundo y tercer lugar. Se constata así el desplazamiento; y luego habrá que desagregar, verificando en qué grupos se concentra. Por ejemplo: los homicidios son entre diez y quince veces más frecuentes en hombres que en mujeres. El suicidio, en cambio, tiene un perfil distinto; los hombres son los más afectados pero no en esa proporción tan elevada de diez o quience a uno sino de dos o tres a uno. A partir de estas comprobaciones podemos establecer algunas hipótesis explicativas de causales de ese problema. Hay algunas de esas hipótesis que se han barajado de manera muy primitiva, como es sostener "violencia igual pobreza". Es cierta, pero insuficiente porque hay países muy miserables con índices de violencia bajos. Descontando, claro está, la violencia misma que ya está establecida, porque la pobreza es una negación de una cantidad de derechos y ya dijimos que la violencia es una acción que niega un derecho a la condición de la vida.

—¿Cuáles serían las consecuencias inmediatas de una estampida de violencia?

—Bueno, por ejemplo, los servicios de salud están sufriendo una sobrecarga impresionante en todo sentido. El servicio de urgencia que fue inicialmente concebido para atender infartos, neumonías o diarreas, hoy —y en Argentina por lo visto está ocurriendo lo mismo— están dedicados en un sesenta o setenta por ciento a la atención de heridos, atracados, mujeres violadas, niños golpeados. De lo que llamaremos, en fin, "productos finales de violencia". Esto implica que el presupuesto de estos servicios queda absorbido, prácticamente, por la atención de estos problemas cuando los recursos podrían estar destinados a otras cosas. Y hay más: la distribución espacial de estos servicios no se corresponde, en general, con el mapa de violencia. Fueron concebidos a través de facultades o de grandes centros que no están en el epicentro de la violencia. Así se produce el desfase entre la geografía del servicio y el acontecimiento. Es sabido que en este plano el desplazamiento es crítico y a uno le va la vida. Las posibilidades de sobrevivir a partir de esa inadecuación se reducen de manera brutal. Un puestito de salud con un médico y un estetoscopio ¿qué puede hacer frente a una herida de bala? Y queda todo el campo de la rehabilitación que le está costando a los servicios de salud una parte significativa de sus presupuestos. Porque en esto la rehabilitación ocupa un lugar nada desdeñable: se debe rehabilitar la consecuencia física de la violencia y la consecuencia psíquica de la violencia. Hoy en día la actividad de los psiquiatras está dedicada en gran medida a tratar de reconstruir la estructura psíquica, individual o colectiva, de los que están directamente implicados en la violencia. Hay también problemas de adecuación porque educamos médicos para atender problemas de alta complejidad tecnológica y no para enfrentar este tipo de cuestiones. Y digo educamos en el sentido de tener una reflexión racional sobre el tema. Entonces, da como resultado un médico abrumado, desarmado, desconcertado ante una avalancha de violencia para la que no estaba preparado.

—¿Dónde se ubica en esto la medicina legal?

—La violencia es una cierta ruptura de un orden de derechos pautados, sea por imposición de una clase sobre otra, sea por imposición estatal, sea por convenio. La medicina legal está como en ese "borderline", esa frontera entre el saber de la salud y el saber legal y hoy se encuentra marginalizadísima. Se dedica a hacer autopsias y cuantificar daños pero no tiene ningún discurso para entender este perfil de violencia porque hasta ahora no nos hemos preocupado por integrarla.

—En su curso hizo mención de los servicios de salud como "agentes de violencia".

—Sí. Ellos mismos son agentes de violencia, es decir, los hombres del sector salud somos víctimas de la violencia pero también con frecuencia somos agente de ella, individual o institucionalmente. ¿Por qué? Hay una cantidad de actos policiales en que los médicos son obligados a participar, hacer autopsias en determinadas condiciones o testimoniar en determinada dirección. No es infelizmente raro el caso de médicos que han participado en actos de tortura para determinar cuál es la dosis máxima tolerable de corriente eléctrica o la capacidad máxima de resistir sin asfixiarse. Aquí, me parece, en Argentina, por lo que he leído, individuos del sector salud por caoacción o por convicción y afinidad ideológica se han puesto en ocasiones al servicio de acciones violentas. Pero no es sólo eso. El sector salud tiene a veces una actuación supremamente violenta contra el cuerpo de una mujer que es sometida a un examen agresivo de su intimidad sin una explicación razonable, sobre la persona que es hospitalizada sin que logre entender bien por qué, los pacientes mentales todavía son sometidos a electrochoques, por no poner el ejemplo extremo de nuestras tres enfermeras austríacas que en un período corto asesinan cuarenta o cincuenta ancianos. En ocasiones la sola exclusión del servicio de salud es ya una violencia en sí misma. Luego están las discriminaciones en las que los hombres del sector caemos, contra la ciencia. Hay enfermedades que hoy se sabe se pueden tratar con toda tranquilidad, como la lepra, pero un leproso sigue siendo brutalmente discriminado. Y sigue habiendo lepra porque la lepra no se erradicó. En Brasil los casos de lepra rondan los cuatrocientos mil. Este capítulo del sector salud se completa con la violencia ejercida contra el mismo. Y tiene el referente de mi país, donde hubo una selección directa de salubristas asesinados. En la Universidad de Antioquía, en menos de un año, fueron asesinados cinco profesores de salud pública.

—¿Este enfoque de la violencia no supone el riesgo de excluir otros aspectos?

—No es mi intención demostrar que todo hay que enfocarlo desde el prisma de la violencia. En América latina se soporta el peso de las viejas patologías (lepra, lechmaniasis) y el de las nuevas. Brasil es el tercer país en el mundo en portadores de SIDA... Nuestro papel no es "medicalizar" la violencia sino entenderla como problema social en el que el sector salud está comprometido.

—¿Qué se entiende por "medicalizar" la violencia?

—Mire, esto de "medicalizar" ha pasado con muchas realidades sociales que cuando llegan a manos de los médicos son reducidas, quedan reducidas a ese aspecto. Pongamos por caso la desnutrición. Es cierto que la desnutrición tierne una expresión individual (el desnutrido tiene un peso tal, una sintomatología cual) pero es una cuestión que trasciende el espacio de lo médico. Y si no se entiende que no es que "le quito la diarrea y lo mando para la casa a que se siga muriendo de hambre y vuelva pasado mañana", se está reduciendo el problema a una perspectiva bio-natural. Se "medicaliza" porque no se trata la desnutrición sino el niño desnutrido. Se reduce el conflicto a un momento bionatural y a un momento individual. "Medicalizar" es abordar el problema como si éste tuviera una racionalidad que se agotara en lo médico y pudiera ser resuelto desde esa racionalidad. Eso es lo que no queremos y por eso no hablamos de la violencia como una enfermedad y, si lo fuera, sería una enfermedad social. Así la violencia tenga expresión individual: hay heridos y hay que atender a los heridos. Por eso decimos que hay que formar gente con capacidad de resolver, que hay momentos y partes del proceso en que podemos y debemos intervenir pero sin perder la perspectiva.

—¿Por qué se puede hablar de una "epidemiología de la violencia"?

—La epidemiología lo que hace es tratar de entender la manera en la que la realidad de la salud se expresa en la sociedad, tratar de establecer alguna hipótesis y alguna capacidad explicativa de por qué esto es posible y, en consecuencia, predecir. Planteado así podemos hablar sensatamente de una "epidemiología de la violencia" y hay que hacerlo pero no se agota en ese perfil de alteraciones orgánicas. La violencia está trascendida por una realidad jurídica, legal y hasta policial, en el caso de la violencia delictiva. No podemos quedarnos en la violencia roja —y no es que lo cromático sea importante pero sirve para distinguir—, donde hay sangre, heridas y balas. Hay una violencia "gris" que es una violencia insidiosa contra la mujer en su discriminación en el trabajo y en la vida cotidiana, hay violencia en el tránsito de las grandes ciudades que hace que uno se sienta permanentemente amenazado, hay violencia en la exclusión que se padece de una cantidad de servicios. Hay formas de violencia que hay que ir tipificando, ubicando, mapeando, distribuyendo especialmente porque lo que no se estudia así es muy difícil de entender, y modificar algo que no terminamos de entender es apostar a la casualidad.

—¿Puede decirse que la violencia sea "hija" de la crisis?

—No. Lo que sí puede decirse es que hay unos deltas de violencia en función de las consecuencias directas e indirectas de la crisis. Por ejemplo, la crisis ha significado una disminución importante del poder adquisitivo y eso va desde la condición de la vivienda, de la condición alimentaria, el transporte, el vestido. Estos son climas sumamente propicios para el intento de ruptura del orden de relaciones establecido. La crisis eleva los riesgos de violencia, pero la tesis no puede ser "crisis igual violencia" porque la violencia estaba instalada antes. Sí hay que registrar que en los períodos de crisis hay incrementos sensibles de estos indicadores de violencia.

—¿Cómo incide el narcotráfico en el mapa de la violencia?

—El problema del narcotráfico es un fenómeno que produce una mediación diferente. En el caso de Perú, Bolivia, Colombia, el cultivo y el tráfico de estupefacientes está produciendo un incremento de tasas de violencia más que significativo. El narcotráfico entró en estas sociedades con un discurso absolutamente distinto sobre los valores. El valor absoluto —en ese mundo— es la nueva acumulación casi salvaje de capital y al servicio de él todo lo demás vale nada, incluso la vida. Uno de los protagonistas hegemónicos de la vida en Colombia es hoy lo que llaman "el sicario", el asesino a sueldo. Y hay escuelas de sicarios en las que el individuo se profesionaliza para matar. En mi país las escuelas de sicarios generan realidades sociales que se traducen necesariamente en indicadores. Es decir, sicariato y duplicación de tasas de mortalidad, sobre todo en hombres jóvenes, no son dos cosas independientes.

EL SALARIO DEL MIEDO

Las estadísticas cantan: las alteraciones psiquiátricas ocupan el primer puesto en la lista de enfermedades laborales padecidas por los choferes del transporte automotor. Hay razones objetivas para explicarlo: exceso de trabajo, aumento de la intensidad del tránsito, temor a los asaltos, frecuencia de accidentes. Con el agravante, en este último caso, de que si lo temido ocurre, el chofer tiene la obligación de mantenerse en su puesto de trabajo, bajo una presión insoportable. Un hecho habitual que, esta vez, le tocó a Jorge Hugo Medina, chofer de la línea 620 que todavía no se explica "que pasó. Estaba llegando a la parada y abrí la puerta. No había frenado y el nene se tiró. No esperó a que parara. ¿Se da cuenta cómo me siento?".

—Es un trabajo que rompe los nervios.

—Mire: me asaltaron dos veces. Una, un sábado a las 9 de noche. Iba de Ramos Mejía a Pontevedra. Subieron dos chicos jóvenes y me dijeron que me quedara tranquilo. Lo único que robaron fue la recaudación. Después de eso la empresa me exigió que la devolviera. El último asalto fue de madrugada. Cuatro o cinco con escopetas recortadas. Había poca plata en ese momento y para dejarlos tranquilos les quise dar la mía, pero me dijeron: "El tuyo no lo queremos. Queremos el de la empresa".

—Con todo no le fue tan mal.

—No, si no me quejo. Pero a un compañero mío lo hicieron de goma. Le dieron una paliza bárbara por el gusto de pegarle. Desde hace un año y medio esto es un desastre. Mis hermanos son choferes también; a uno lo asaltaron a las 10 de la mañana y al otro a las 11 de la noche.

—¿Los pasajeros son agresivos también?

—La gente discute mucho, por cualquier cosa. La plata del boleto no se la entregan, se la meten en la mano o se la tiran. Pero no es tanto como uno se podría imaginar. Se han acostumbrado a viajar como viajan, todos apretados que no pueden ni respirar. Si uno tuviera que trabajar como marca el reglamento habría que poner 500 coches más.

—¿Iba muy lleno en el momento del accidente?

—No, casi vacío, unas diez personas. Y ahora va a seguir vacío porque lo van a entregar y después paso por el colegio a ver si puedo encontrar a la familia del chico. Me van a tirar la bronca en la empresa, me van a apretar para que siga trabajando, pero así como estoy no puedo manejar.



—*¿Pero aquí se vuelve, de alguna manera, al problema de la crisis?*

—Claro. Le voy a dar un dato. En este momento, en Brasil, el uno por ciento de la población más rica del país tiene una participación igual en el producto bruto interno que el cincuenta por ciento de la población más pobre. Eso se tiene que traducir de alguna forma, no de una manera simplista y diciendo: "Claro si esto es así se explican los diecisiete muertos de la semana pasada en Río". Pero tampoco son dos mundos distintos. En Ayacucho, en Perú, en el nordeste de Brasil, en Ecuador, en Colombia buena parte de la violencia rural está vinculada a la lucha por la posesión de la tierra.

—*¿Hay diferencia en el tipo de violencia que se ejerce en una sociedad o en otra? ¿Tiene la violencia señas particulares?*

—Yo diría que hay diferencias por unidades temáticas o problemáticas afines. La violencia rural asume forma similar en distintos países. Y la de los sectores rurales es de las más agresiva que hay. Es de una altísima letalidad. El prototipo, claro, está en Sudáfrica y le voy a dar un dato: entre los negros es altísima la mortalidad por homicidio, pero casi tan alta como la mortalidad por suicidio entre los blancos. O sea que en Sudáfrica los blancos se suicidan y los negros no tienen el derecho ni la necesidad de suicidarse porque son asesinados. Hay perfiles distintos de violencia según la tipología y las especificidades histórico-culturales.

—*En sus charlas hizo referencia a la cultura como un elemento determinante.*

—La violencia es un fenómeno histórico-social, le repito, y dentro de eso la cultura juega un papel preponderante. Hay pautas, escalas de valores y la violencia implica una irrupción, una destrucción, un intento de transformación, de negación de los valores impuestos. Por eso sin cultura no hay violencia. Habría agresividad, que sería como esa violencia no culturalizada, no socializada, no pasada por unas normas de convivencia, la convivencia por imposición de un modelo, de un orden de propiedad, de un orden de relaciones. Para que haya violencia se presupone un orden de organización, de determinación, sea como sea y con un nivel de violencia institucional determinado. La violencia es un intento de ruptura de ese orden, o una fuerza para imponer ese orden o una irrupción de fuerzas para transformar ese orden. Quiero decir que hay siempre una relación violencia-poder, violencia-organización, violencia-pautación. Es algo "posterior a", es un fenómeno histórico y con ello social y a su vez conlleva lo económico y lo cultural.

—*¿La consideración de un aspecto epidemiológico de la violencia implica la prevención?*

—Un papel del saber epidemiológico es hacer posible la prevención. Se puede hacer prevención desde aspectos puramente puntuales. En Colombia, como los sicarios andaban en moto y había un auge de los asesinatos en moto y no se podía prohibir la circulación de las motos lo que se prohibió fue el "parrillero", el que se sienta atrás. Una especie de neoludismo a nivel primitivo. Tratar el síntoma, tratar la fiebre por las sábanas. Usted tiene derecho a tomar medidas preventivas pero lo que hay que hacer es buscar un nivel de racionalidad, desmedicalizar el tratamiento de la violencia. En Río leí hace poco que cuando disminuye la dotación policial aumenta la violencia. Eso puede ser cierto, pero entonces una estrategia frente a la violencia no es modificar el perfil de la desigualdad sino mejorar la calidad del armamento. Yo no quiero disminuir la importancia del tratamiento sintomático; si un paciente está sangrando hay que parar la hemorragia para ver qué hay detrás de ella; si un niño tiene 41 grados de fiebre hay que bajarla para saber qué encubre. Pero lo que no podemos hacer es un discurso moralista de la violencia. Hay que tratar de comprender y crear las condiciones para bajarla a niveles mínimos, entender que un fenómeno como el narcotráfico ha creado un orden basado en el valor total del dinero. Que ha hecho una revolución que no hicieron ni las izquierdas ni los sectores progresistas. Detener esta escalada de violencia no es menos importante que buscar una solución para el SIDA. Aunque, claro, a mi nunca me van a dar el premio Nobel por esto.

"FEOS, SUCIOS Y MALOS"

Héctor Vega tiene 30 años y cinco los ha pasado en la docencia. Sus lugares de trabajo son lo bastante variados como para facilitarle una cierta amplitud a su visión del problema: son dos escuelas primarias. Una, estatal, en Villa Soldati; la otra es privada y se encuentra en las inmediaciones de Pueyrredón y Santa Fe.

—*¿Hay violencia en la escuela?*

—Y, la primera violencia es la rigidez general de la escuela pública frente a cualquier actividad espontánea de los chicos. Entran nuevos planes pero se vuelve a los viejos recursos que suponen tienen efectividad: formar fila, colocarse por altura. El silencio, la escuela como templo. Hay lugares en los que durante los recreos no se puede jugar a la pelota ni correr. Y a esas edades el eje es el movimiento.

—*¿Nunca notó formas más agresivas?*

—Suele haber una ruptura de clase entre el plantel docente y los chicos de zonas periféricas. Hay prejuicio. El chico es una cosa, a veces es "el negrito". Hay una negación, básicamente, de la cultura que los chicos traen y la imposición de otra, que el pibe no aprehende. Se les va con símbolos abstractos, fechas. El resultado es la negación de sus problemas cotidianos o, en el peor de los casos, la humillación. Fijate que un día estaba haciendo una actividad con chicos de primer grado y les pregunté qué era una regla. Y ellos contestaron que una regla es algo que se pone para que un juego pueda funcionar y todos lo entendieran. Pero que las reglas las tienen que hacer los grandes porque los chicos por ser chicos no saben.

—*¿Entre los niños hay violencia?*

—De alguna manera se expresa, sobre todo porque se les fomenta la competencia y, entonces, ves la lucha por ser el primero, el primero en la fila, el primero en quedar cerca de la puerta. Por eso se dan patadas, trompadas, pellizcones. Esto en el colegio estatal. En el otro pasa menos, la violencia está más mediada por la palabra, racionalizan más. Pero a veces una agresión verbal puede dejar más huella que una trompada.

María P. tiene 10 años y cursa el 5° grado en una escuela privada. Accede a responder porque se le dice que es muy breve el cuestionario. Se toma un buen tiempo para cada una de las contestaciones porque —dice— "no me quiero equivocar". Tampoco quiere dar su apellido: "Muchos compran este diario y después me gastan".

—*¿Se pelean tus compañeros?*

—Sí, un poco. En los recreos, o cuando estamos solos en la clase.

—*¿Son peleas entre muchos, entre grupos?*

—No, de uno contra otro. Se tiran de los pelos, se agarran del cuello, esas cosas.

—*Pero ahí se termina. Después no hay violencia...*

—Yo no sé pero a mí me parece que el que es violento es violento para todo.

—*¿Se ofenden?*

—Sí. Eso más. Si se dan cuenta que tenés un problema te embroman con eso. A una compañera mía que tiene problemas familiares le dicen cosas dos por tres y la hacen llorar.



Jorge Sáenz

EN UN LUGAR DE MATANZA

Por S. V.

El Hospital General de Agudos Diego Paroissien tiene instalaciones aceptablemente funcionales: la extensión ha desplazado a la altura y las pocas plantas se recorren por escalera o por rampas. Los pabellones están separados por espacios verdes y las salas tienen no más de tres camas. Es el más importante de La Matanza, un partido con un millón de habitantes que están en la estadística de los más carenciados de la provincia de Buenos Aires. Si se entra por la parte de atrás a la guardia se percibe un olor extraño. "¿Sabe por dónde estamos pasando?", pregunta el médico que hace de guía. "Debe ser la morgue", se le responde, y él se ríe.

A esa hora de la mañana de un día de mitad de semana la guardia es todavía tranquila, relajada. "Viernes, sábado y domingos son los peores —aclara Alejandro Boyne, cirujano, jefe de la guardia— pero así y todo tenemos un promedio de un baleado por día. Esto quiere decir que a veces no cae ninguno y otro día caen tres, pero esa es la media." Boyne explica que el Paroissien es el único centro de derivación de la zona "y aquí la gente que llega nunca llega en ambulancia. Viene por sus medios o lo trae el vecino que lo encuentra. Este es un lugar donde se pueden resolver politraumatismos graves, pero, por ejemplo, no tiene neurocirujano de guardia. Yo, si tengo que abrirle la cabeza a un tipo, se la abro, pero sé que no soy la persona adecuada".

Francisco Bongiorno e Ignacio Weisberg son los traumatólogos del servicio. Tienen un estudio realizado acerca de las necesidades de la población en esta zona cercada por las rutas nacionales 7 y 9, las provinciales 17, 21 y 4 y la autopista Dellepiane. La intensidad del tránsito, el ritmo y la frecuencia de los accidentes, la experiencia, al fin y al cabo, les ha demostrado que necesitan 100 camas para responder a la demanda. En la actualidad, la disponibilidad del hospital es de 20.

"Es que acá no sólo tiene uno que pensar en el politraumatizado —dice Weisberg—, el aumento de violencia en tres o cuatro años ha sido brutal. Ha crecido enormemente el número de criaturas con traumatismos. Que la mayor parte de las veces ocurren porque los padres trabajan y entonces al de cuatro años lo cuida el de seis y al de seis el de diez. Son como chicos de la calle pero adentro."

Entonces comentan entre ellos el caso que tuvieron unas semanas atrás, cuando llegó una chiquilina de pocos años herida de bala por un compañero de colegio. "El otro le tenía bronca porque era testigo de Jehová y le pegó un tiro. Increíble que no le haya ido peor con el recorrido que hizo la bala." Bongiorno recuerda, de inmediato, otro suceso que conmocionó a un personal más que acostumbrado a las efusiones de sangre. "Vino una nenita de unos ocho años. Entró caminando. Tenía un punzón de zapatero clavado en la sien. Le había entrado seis centímetros y había penetrado en masa encefálica. Estaban solos en la casa con el hermano y ella le hizo burla. El le dijo que si no la cortaba le clavaba el punzón. Ella siguió y se lo clavó. No es fácil clavar un punzón en un hueso. Hay que hacer una fuerza enorme. No lo podíamos creer."

En ese sector, a la entrada, un policía de la provincia refuerza la vigilancia interna. Es que el aluvión de violencia es de una magnitud tal que hubo que pedirlo, explican. "La gente está muy mal y solamente puede ver lo que le pasa. No le queda capacidad para comprender lo que le ocurre al de al lado. No quiere decir que ésta sea una zona en la que todos son chorros —aclara Boyne—, no, es buena gente. Pero hay indigencia y etilismo. A veces la furia la descargan en nosotros. Hace unos pocos días entró uno, rompió vidrios, tiró mesas, amenazaba a todo el mundo. Era casi imposible acercarse. Estaba con el síndrome de abstinencia y hasta que no le pudieron dar un demerol no se quedó tranquilo. Dejó esto destruido. Era un ex combatiente de las Malvinas."

Sin embargo, el personal de la guardia sabía que el incremento de casos terminales de violencia no es el único fenómeno registrable. Señalan diferencias evidentes entre el tipo de atención que están forzados a dar y el tipo de prestación en centros similares del área de la capital y diagnostican que se ha perdido conciencia de enfermedad. "Aquí la gente —relata Bongiorno— no sabe si lo que tiene es leve o grave. Si en Capital el paciente va con dolor de apéndice al hospital, aquí llega con peritonitis; si en Capital entran con un esguince de tobillo aquí entran cuando no pueden caminar. No hay prevención. Cuando alcanzan el hospital están hechos pelota."

Son casi las once de la mañana y una enfermera reclama la presencia del jefe de la guardia: "Trajeron un nene que se cayó de un colectivo". "¿Cómo que se cayó de un colectivo? ¿Cómo se va a caer un chico de un colectivo?", pregunta —o se pregunta— Boyne, mientras se incorpora para dirigirse al "shock-room". El clima de la guardia se crispa. Buscan una ambulancia. Al cabo de un rato Boyne regresa y comenta a uno de los médicos: "Otorragia, nistagmus, Babinski bilateral, fractura de peñasco" y, mirando al periodista, agrega: "¿Ve lo que le decía? Al chiquito hay que operarlo y no tenemos neurocirujano. Tenemos que buscar dónde derivarlo. Esto a un crío que tiene mal pronóstico, que sale y se deprime, vuelve a salir y se vuelve a deprimir. Y hay que correr el riesgo de que se muera en el traslado". Afuera esperan el chofer del colectivo y la pasajera que lo han llevado. Los acompaña el enfermero del puesto de primeros auxilios al que recurrieron en el primer momento. "De las postas nos los traen aquí aunque sepan que los tenemos que volver a derivar. Pero si no lo hacen las familias los matan —dice Weisberg—. ¿Con qué cuenta una posta? Una enfermera, un médico, un pediatra, un estetoscopio y un tensiómetro. No se puede absorber la patología en tan poco tiempo." El resto del personal de la guardia busca un taxi o un coche particular para llevar a un paciente. "Una demencia alcohólica" cuentan, mientras lo rastrean en los pasillos, por los que se pasea desnudo, feliz y cantando.